



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017/2018

TRABAJO FIN DE GRADO

Plan de cuidados de enfermería en el paciente intervenido de una laringectomía total en el posoperatorio inmediato.

Nursing care plan in the patient who underwent a total laryngectomy in the immediate postoperative period.

Autor/a: Paula Vecillas Fernández.

Director: Fernando Urcola Pardo.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	6
METODOLOGÍA	7
DESARROLLO	9
CONCLUSIÓN	26
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	32

RESUMEN

Introducción: La laringectomía total es una de las cirugías que origina un mayor grado de frustración y mutilación, va asociada siempre a un traqueostoma permanente y conlleva la pérdida total del habla. España es el país del mundo con mayor incidencia de cáncer de laringe debido al exceso en el consumo de tabaco. El alto consumo de alcohol y tabaco se consideran los principales factores de riesgo de cáncer de laringe. Para la rehabilitación de las personas sin laringe, la técnica más empleada es la voz esofágica, es por ello que precisan del apoyo familiar y de una correcta información para vencer las dificultades inherentes a este tipo de procesos; ya que conllevan una repercusión radical en la reincorporación a la vida familiar, social y laboral.

Objetivo: Elaborar un plan de cuidados estandarizado de enfermería sobre las necesidades requeridas por el paciente intervenido de laringectomía total en el posoperatorio inmediato.

Metodología: Revisión bibliográfica de artículos científicos de los últimos diez años en diversas bases de datos, páginas web y asociaciones.

Conclusión: El profesional de enfermería adquiere un papel primordial en el cuidado del paciente con laringectomía total, sobre todo en el momento de transmitir la información, a nivel educativo y nivel emocional, para conseguir un grado máximo de independencia y autonomía del paciente en su posterior alta.

Palabras clave: Enfermería, cáncer de laringe, laringectomía, paciente laringectomizado, epidemiología, traqueostomía, rehabilitación, comunicación, posoperatorio y ansiedad.

ABSTRACT

Introduction: The total laryngectomy is one of the surgeries that causes a greater degree of frustration and mutilation, is always associated with a permanent tracheostomy and leads to total loss of speech. Spain is the country in the world with the highest incidence of cancer of the larynx due to excessive consumption of tobacco. The high consumption of alcohol and tobacco are considered the main risk factors for cancer of the larynx. For the rehabilitation of people without larynx, the most used technique is esophageal voice, that is why they need family support and correct information to overcome the inherent difficulties of this type of process; since they entail a radical repercussion in the reincorporation to the family, social and labor life.

Objective: To elaborate a plan of standardized nursing care about the needs required by the patient undergoing total laryngectomy in the immediate postoperative period.

Method: Bibliographic review of scientific articles of the last ten years in various databases, websites and associations.

Conclusion: The nursing professional acquires a primordial role in the care of patients with total laryngectomy, especially at the time of transmitting the information, educational level and emotional level, to achieve a maximum degree of independence and autonomy of the patient in his later discharge.

Key words: nursing, laryngeal cancer, laryngectomy, laryngectomized patient, epidemiology, tracheostomy, rehabilitation, communication, postoperative and anxiety.

INTRODUCCIÓN

La laringectomía total (LT) es una de las cirugías que origina un mayor grado de frustración y mutilación en el paciente porque supone un gran traumatismo y precisa de importantes adaptaciones tanto a nivel físico como psíquico, que conllevan una repercusión radical en la reincorporación a la vida familiar, social y laboral.

La intervención de LT consiste en la extirpación de la laringe como tratamiento de las tumoraciones malignas en ella localizadas. Esta intervención es realizada mediante una incisión en la región anterior del cuello que se asocia al llamado vaciamiento cervical donde se extirpan los ganglios de la zona, se extiende desde el pabellón auricular de un lado hasta el del lado opuesto, pasando por la parte superior del esternón. La LT va asociada siempre a un traqueostoma permanente (en esta situación la tráquea está abocada directamente a piel e independiente de la vía digestiva) y que conlleva la pérdida total del habla. La extirpación de la laringe puede ser también parcial, en este caso el paciente es capaz de hablar tapándose el traqueostoma ¹⁻³.

En casi todos los textos se observa como uno u otro término (traqueotomía/traqueostomía) se confunden, se intercambian y se emplean indistintamente. Para no llevar a confusión se diferencian de la siguiente manera:

Paciente con traqueostomía: Pacientes a los que se les ha practicado una laringectomía total y llevan un traqueostoma permanente.

Pacientes con traqueotomía: Son pacientes a los que se les ha practicado un traqueostoma temporal, y que conservan estructuras de la laringe ^{4,5}.

El término traqueostomía deriva del griego y significa abrir la tráquea, ya que se compone de las palabras traquearteria y estoma o boca. La traqueostomía más antigua de la cual se tiene noticia, fue representada en artefactos egipcios hacia el 3600 a.C. En el libro hindú sagrado Rig Veda y en el Papiro de Ebers, escrito entre los años 2000 y 1000 a.C., se menciona "al generoso que puede hacer que la tráquea se vuelva a unir cuando se han cortado los cartílagos cervicales". Sin embargo, los historiadores consideran a Asclepiades, nacido alrededor del año 124 a.C., como el primero que llevo a cabo la operación. Sin embargo, hasta mediados del siglo XIX y a causa de la terrible epidemia de difteria, que asoló Europa y Estados Unidos, la traqueostomía no se puso en práctica de manera generalizada y realmente se incorporó en la Medicina moderna ⁴.

Existe una distribución distinta en cuanto al sexo en el cáncer de laringe, la incidencia mundial se estima en 3,9 por cada 100.000 habitantes en hombres y 0,5 casos por cada 100.000 habitantes en mujeres; el cual presenta una mortalidad general de 2 por cada 100.000 habitantes con una relación 7:1 entre el sexo masculino y femenino. El cáncer de laringe es una de las neoplasias de cabeza y cuello más frecuentes (entre el 30-40%) y la segunda localización más frecuente de las vías respiratorias tras el cáncer de pulmón. La incidencia es variable entre los diferentes países, alcanzando los mayores tasas en países como Francia, Italia y sobre todo España, con aproximadamente 10 o más casos por 100.000 habitantes y año, la más elevada del mundo (Anexo I). España es el país del mundo con mayor incidencia de cáncer de laringe debido al exceso en el consumo de tabaco registrado durante años, según la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC). La neoplasia maligna de laringe representa una tasa de morbilidad hospitalaria por cada 100000 habitantes en Huesca de 17 personas, Zaragoza de 16 personas y Teruel de 11 personas (Anexo II) ⁶⁻¹² .

La etiología del cáncer de laringe es desconocida, pero el alto consumo de alcohol y tabaco se consideran como los principales factores de riesgo. Se estima que al menos el 75 % de los cánceres de cabeza y cuello son causados por una combinación de estos. Dentro de los factores ocupacionales, se encuentran los centros de trabajo con alta concentración de sustancias cancerígenas como el arsénico, amianto y escapes de motores diésel. Además de estos factores se añaden otros factores etiológicos, sobre todo profesionales (industria metalúrgica) y virales (virus del papiloma humano). Se ha postulado una serie de factores de riesgo secundarios, como son una alimentación pobre en frutas (principalmente cítricos) y verduras. Respecto a la prevención general del carcinoma laríngeo, son fundamentales los programas de salud que apunten a la disminución o cese del tabaquismo y control del consumo de alcohol ¹³⁻¹⁹.

El primer y único síntoma puede ser una masa cervical (en el 25% de los pacientes) y el 40-70% de los pacientes presenta adenopatías cervicales en el examen inicial. Cuando la lesión se vuelve más grande produce disfagia grave y pérdida de peso. Otros síntomas son la presencia de restos hemáticos en la saliva o hemoptisis, otalgia, disfonía e incluso compromiso de la vía aérea. Es de gran importancia un diagnóstico precoz, ya que no solamente dependerá de la curación sino de la preservación del órgano de forma total o parcial , con sus funciones básicas. Se realiza mediante fibroscopio, TAC, resonancia magnética (RMN) o laringoscopia directa ^{20,21}.

En el momento de elegir el tratamiento hay que tener en cuenta el estadio tumoral. El tratamiento primario implica la resección quirúrgica del tumor y como tratamiento

adyuvante incluye radioterapia y quimioterapia. En la LT hay una extirpación total de la laringe, que constituye una oportunidad de vida, en casos avanzados de la enfermedad (estadios III y IV). Esta intervención se realiza cuando no tiene éxito el tratamiento con radioterapia o quimioterapia, en casos de recidiva de la enfermedad. Respecto a la epidemiología del tratamiento, se ha registrado que la proporción mundial de pacientes tratados con LT ha disminuido de 74% a 26% entre 1999 y 2007. Un análisis del mismo mostró que los pacientes tratados con cirugía presentan 18% menos probabilidades de fallecer ^{3,7,22-24}.

Las complicaciones tempranas más frecuentes son la decanulación (cierre del estoma), traqueítis, obstrucción del estoma, infección de los tejidos blandos, enfisema subcutáneo y edema pulmonar. Como complicaciones tardías el paciente puede desarrollar un granuloma por reacción a cuerpo extraño y fístulas que pueden ser traqueoesofágicas o traqueocutáneas. Por último, como complicaciones relacionadas con los cuidados de la cánula, es importante considerar las obstrucciones de la luz de la cánula por tapones de moco, las decanulaciones y la creación de una falsa vía tras intentar recanular a un paciente ^{25,26}.

Para la rehabilitación de las personas sin laringe, la técnica más empleada es la voz esofágica (VE). En esta técnica la energía causante de la vibración procede del aire almacenado previamente en el esófago y desde donde es impulsado hacia el exterior. El aprendizaje de esta técnica requiere un entrenamiento prolongado, pero es igual de eficaz en el habla. Otros procedimientos para rehabilitar la voz son las prótesis fonatorias (PF) y la electrolaringe, aunque son menos utilizados (Anexo III) ²⁷⁻³⁰.

La calidad de vida es afectada en mayor o menor medida, dependiendo del proceso individual que ha llevado cada paciente. Todo ello es asociado al proceso oncológico de base, el cual causa en la mayoría de los casos depresión y ansiedad. Zubiri et al reflejan en su estudio que los sentimientos que aparecen son: pérdida de identidad, temor a la recaída, situación de indefensión, incertidumbre en las relaciones de comunicación, así como las alteraciones en la autoestima. Las principales variables asociadas a los niveles de depresión y ansiedad son: las personas que perciben que han aprendido a hablar, las personas que se consideran que hablan bien y si pueden hablar con cualquier persona (no solo con familiares), estas variables producen menores niveles de depresión. Es por ello que precisan del apoyo familiar y de una correcta información para vencer las dificultades inherentes a este tipo de procesos ^{31,32}.

Se requiere profesionales de enfermería con conocimientos suficientes para lograr una asistencia sanitaria de calidad y una atención integral, para que la calidad de vida

no se vea tan disminuida. La falta de conocimientos y experiencia en los cuidados y tratamiento pueden incrementar la morbilidad por lo que es indispensable un cuidado individualizado y sistematizado en la actuación del equipo de enfermería ³³.

OBJETIVOS

Este Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo general elaborar un plan de cuidados estandarizado de enfermería sobre las necesidades requeridas por el paciente intervenido de laringectomía total en el posoperatorio inmediato, además de cinco objetivos específicos:

1. Mejorar la calidad de vida del paciente con traqueostomía.
2. Favorecer la recuperación del paciente y disminuir la ansiedad.
3. Conseguir una adaptación y autocuidado adecuado del paciente ante su nueva situación.
4. Prevenir complicaciones secundarias a la intervención.
5. Disminuir la sobrecarga del cuidador principal.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de un plan de cuidados estandarizado (PCE) se ha realizado una revisión bibliográfica durante los meses de febrero a abril del año 2018, en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scielo, Science Direct, Dialnet, ProQuest e IBECS (Tabla 1).

Se ha consultado distintas paginas webs, así como la página del Instituto Nacional de Estadística (INE), la web American Cancer Society, la web de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL CCC). También se ha revisado bibliografía de la biblioteca de la Universidad de Ciencias de la Salud de Zaragoza, revistas científicas y el protocolo sobre cuidados del estoma traqueal y limpieza de cánulas de traqueostomía del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

Se ha utilizado la terminología consultada con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) combinandola con los operadores booleanos "AND" y "OR" en los diversos recursos de búsqueda y se han seleccionado los resultados más útiles para el trabajo, según criterios de diagnostico. Las palabras clave utilizadas han sido: enfermería, cáncer de laringe, laringectomía, paciente laringectomizado, epidemiología, traqueostomía, rehabilitación, comunicación, posoperatorio y ansiedad.

Los criterios de inclusión de los artículos han sido la fecha de publicación (desde el año 2008 al 2018), el idioma (español e inglés), humanos y disponibilidad de texto (abstract y texto completo). La población diana es la formada por todos aquellos pacientes que han sido intervenidos de una LT.

Para la redacción del plan de cuidados se ha utilizado los patrones funcionales de Marjory Gordon. Posteriormente se ha aplicado la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)³⁴, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)³⁵ y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)³⁶.

Tabla 1:Resultados de la revisión bibliográfica.

Bases de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Scielo	• Cáncer or tumor and laringe.	157	1
	• Laringectomía	108	2
	• Incidencia and epidemiología and cáncer de laringe.	12	1
	• (Factores de riesgo) and (cáncer de laringe).	11	1
Pubmed	• Laryngectomy and impact.	207	1
	• Larynge* and cáncer and incidence.	283	3
CUIDEN plus	• Enfermería and "paciente laringectomizado"	6	1
	• Laringectomizado and traqueostomizado	2	1
Dialnet	• Experiencia and laringectomizado total.	12	1
	• Laringectomizado and rehabilitación.	7	1
	• Comunicación and laringectomía.	6	1
	• Laringectomía and posoperatorio.	6	1
Science Direct	• Laryngectomy and "nursing care".	6	1
	• Prevalencia and laringe*.	402	1
IBECS	• Tracheostomy and oncology.	57	1
Google académico	• Enfermería and traqueostomizados and laringectomizados	54	1
ProQuest	• Enfermería and laringectomía and ansiedad.	1	1

Fuente: Elaboración propia.

DESARROLLO

El trabajo se ha realizado con el propósito de facilitar los cuidados técnicos y emocionales proporcionados por el profesional de enfermería al paciente con LT, incluyendo a la familia; a través de la taxonomía NANDA, NOC y NIC, según los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Valoración inicial

Para valorar de forma integral a la persona intervenida de LT , se desarrolla una valoración inicial según los patrones funcionales de Marjory Gordon, complementadola con el uso de escalas; como la escala Goldberg para la evaluación de la depresión y ansiedad, la escala de Barthel para medir la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria y la escala de Lawton Brody para medir las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). También se tiene en cuenta el nivel de sobrecarga del cuidador principal y para su valoración se realiza la escala Zarit (Anexo IV, V, VI, VII) ³⁷⁻⁴⁰.

Diagnósticos y planificación

Los diagnósticos de enfermería en el cuidado del paciente con LT se identificarán a partir de las necesidades del paciente y la familia.

Los más relevantes, según la taxonomía NANDA, son:

- Deterioro de la deglución (00103)
- Deterioro de la comunicación verbal (00051)
- Trastorno de la imagen corporal (00118)
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)
- Ansiedad (00146)
- Riesgo de infección (00004)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)
- Dolor agudo (00132)

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1: Ingestión.

Patrón: Nutricional - metabólico.

DIAGNOSTICO
(00103) Deterioro de la deglución r/c cánula de traqueostomía y deterioro neuromuscular m/p atragantamiento.
Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

NOC	INDICADORES
(1010) Estado de deglución.	(101002) Controla las secreciones orales. (101012) Atragantamiento, tos o náuseas.
(1918) Prevención de la aspiración.	(191801) Identifica factores de riesgo. (191802) Evita factores de riesgo.

NIC	ACTIVIDADES
(3200) Precauciones para evitar la aspiración.	<ul style="list-style-type: none">- Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutiría.- Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación.- Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.- Comprobar la colocación de la SNG.- Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución.

(i860) Terapia de deglución.	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente. - Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada. - Controlar el peso corporal. - Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas , turgencia de la piel y mucosa). - Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.
(1056) Alimentación enteral por sonda.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el procedimiento al paciente. - Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45º durante la alimentación. - Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. - Comprobar el goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora. - Controlar el peso como mínimo tres veces por semana, según sea conveniente por la edad.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

Clase 5: Comunicación.

Patrón 8 : Rol/ relaciones.

DIAGNOSTICO
(00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (traqueostomía) m/p manejo para hablar.
Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

NOC	INDICADORES
(0902) Comunicación.	(090201) Utiliza el lenguaje escrito. (090208) Intercambia mensajes con los demás.
(0903) Comunicación: Expresiva.	(090303) Utiliza el lengua hablado: esofágico. (090305) Utiliza dibujos e ilustraciones.

NIC	ACTIVIDADES
(4976) Mejorar la comunicación: deficit del habla.	<ul style="list-style-type: none">- Instruir al paciente o a la familia sobre el uso de ayudas para el habla tras una laringectomía (p.ej., erigmofofía, laringes eléctricas, fístulas traqueoesofágicas).- Proporcionar una válvula unidireccional a los pacientes con traqueostomía, que sustituye la necesidad de ocluir la cánula con el dedo.- Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada como por ejemplo una tableta de escritura.- Identificar las conductas emocionales y físicas como forma de comunicación.- Asegurar que el sistema de llamada está al alcance y que en el sistema este indicado que el paciente no puede hablar.

(5440) Aumentar los sistemas de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> - Calcular la respuesta psicológica ala situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. - Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. - Remitir a un grupo de autoayuda. - Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo. - Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.
(4920) Escucha activa.	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. - Mostrar interés por el paciente. - Establecer el propósito de la interacción. - Escuchar los mensajes y sentimientos inexpressados y además atender al contenido de la conversación. - Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 3: Imagen corporal.

Patrón 7 : Autopercepción - autoconcepto.

DIAGNOSTICO
(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía m/p expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función.
Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico.

NOC	INDICADORES
(1200) Imagen corporal.	(120005) Satisfacción con el aspecto corporal. (120014) Adaptación a cambios corporales por cirugía.
(1308) Adaptación a la discapacidad física.	(130820) Refiere aumento del bienestar psicológico. (1308239) Obtiene ayuda de un profesional sanitario.

NIC	ACTIVIDADES
(5270) Apoyo emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
(5220) Mejorar la imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. - Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la cirugía. - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda. - Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a la cirugía. - Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.

DOMINIO 7: ROL / RELACIONES

Clase 1: Roles de cuidador.

Patrón 8 : Rol/ relaciones.

DIAGNOSTICO	
(00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c ampliación de la duración del cuidado requerido	
Definición: Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud	
NOC	INDICADORES
(2609) Apoyo familiar durante el tratamiento.	(260901) Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo. (260905) Piden información sobre la enfermedad del paciente.
(2204) Relación entre el cuidador principal y el paciente.	(220408) Compromiso a largo plazo. (220411) Solución de problemas en colaboración.
NIC	ACTIVIDADES
(7040) Apoyo al cuidador principal.	<ul style="list-style-type: none">- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
(7140) Apoyo a la familia.	<ul style="list-style-type: none">- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.- Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.- Favorecer una relación de confianza con la familia.- Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Patrón 7 : Autopercepción - Autoconcepto.

DIAGNOSTICO	
(00146) Ansiedad r/c cambios en el estado de la salud m/p nerviosismo y preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales.	
Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.	
NOC	INDICADORES
(1402) Autocontrol de la ansiedad.	(140207) Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. (140205) Planea estrategias para superar situaciones estresantes.
(1302) Afrontamiento de problemas.	(130205) Verbaliza aceptación de la situación. (130211) Identifica múltiples estrategias de superación.
NIC	ACTIVIDADES
(5820) Disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none">- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.- Crear un ambiente que facilite la confianza.- Reforzar el comportamiento.- Administrar masajes en la espalda/ cuello, según corresponda.- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
(6040) Terapia de relajación.	<ul style="list-style-type: none">- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.

	<ul style="list-style-type: none"> - Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación. - Evaluar nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación. - Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.
(5230) Mejorar el afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. - Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

DOMINIO 11 : SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Clase 1: Infección.

Patrón 1 : Percepción - manejo de la salud.

DIAGNOSTICO
(00004) Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel y/ o procedimientos invasivos.
Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

NOC	INDICADORES
(1842) Conocimiento: control de la infección.	(184204) Signos y síntomas de infección. (184297) Importancia de la higiene de las manos. (184217) Importancia de la adherencia al tratamiento. (180706) Procedimientos de control de la infección.

(1814) Conocimiento: proceso terapéutico.	(181401) Procedimiento terapéutico. (181402) Propósito del procedimiento. (181405) Precauciones de la actividad. (181404) Uso correcto del equipamiento.
(1902) Control del riesgo.	(190205) Adapta las estrategias de control del riesgo. (190201) Reconoce los factores de riesgo personales. (190220) Identifica los factores de riesgo.

NIC	ACTIVIDADES
(6540) Control de las infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. - Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador. - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. - Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, apropiado.
(3660) Cuidado de las heridas.	<ul style="list-style-type: none"> - Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. - Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario. - Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. - Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. - Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.

(6550) Protección contra las infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. - Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. - Obtener muestras para cultivo, si es necesario. - Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar. - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
---	--

DOMINIO 11 : SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Clase 2: Lesión física.

Patrón 2 : Nutricional - metabólico.

DIAGNOSTICO
(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c cambios en la turgencia de la piel, humedad, secreciones.
Definición: Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.

NOC	INDICADORES
(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(110115) Lesiones cutáneas. (110116) Lesiones de la mucosas. (110113) Integridad de la piel. (110117) Tejido cicatricial. (110121) Eritema.
(1902) Control del riesgo.	(190201) Reconoce los factores de riesgo personales. (190204) Desarrolla estrategias de control del riesgo. (190210) Participa en la detección sistemática de problemas de salud (190214) Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.

NIC	ACTIVIDADES
(3590) Vigilancia de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el estado de la zona de incisión. - Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. - Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. - Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. - Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.
(6550) Protección contra las infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. - Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. - Obtener muestras para cultivo, si es necesario. - Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar. - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
(3660)Cuidado de las heridas. (Anexo VIII)	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar un ungüento adecuado a la piel/ lesión, si procede. - Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. - Enseñar al paciente o miembro de la familia realizar la cura de la herida. - Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Clase 2: Lesión física.

Patrón 4: Actividad - Ejercicio.

DIAGNOSTICO
(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial m/p cánula del laringectomizado.
Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

NOC	INDICADORES
(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	(41019) Tos. (41012) Capacidad de eliminar secreciones. (41020) Acumulación de esputos.
(1918) Prevención de la aspiración.	(191801) Identifica factores de riesgo. (191802) Evita factores de riesgo.

NIC	ACTIVIDADES
(3160) Aspiración de las vías aéreas (Anexo IX).	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la necesidad de la aspiración traqueal. - Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración. - Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior de la cánula de traqueostomía. - Utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer las secreciones (80-120 mmHg para los adultos). - Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal, según corresponda. - Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.
(3180) Manejo de las vías aéreas artificiales.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una humidificación del 100% al gas, oxígeno o aire inspirado. - Proporcionar una hidratación sistémica adecuada mediante la administración oral o intravenosa de líquido. - Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4-8 horas, según corresponda: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma, y cambiar la sujeción de la traqueostomía.

	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento, irritación y hemorragia. - Realizar una técnica estéril al succionar y proporcionar los cuidados de traqueostomía. - Proteger la traqueostomía del agua.
(3390) Ayuda a la ventilación.	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de vías aéreas y el intercambio de gases. - Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios. - Observar si hay fatiga muscular respiratoria. - Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción.

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Confort físico.

Patrón 6: Cognitivo - perceptivo.

DIAGNOSTICO
(00132) Dolor agudo r/c agente lesivos (biológicos, químicos, físicos y/o psicológicos) m/p malestar.
Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

NOC	INDICADORES
(2102) Nivel del dolor.	(210204) Duración de los episodios de dolor. (210206) Expresiones faciales de dolor.
(1605) Control del dolor.	(160502) Reconoce el comienzo del dolor. (160501) Reconoce factores causales. (160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.

NIC	ACTIVIDADES
(1400) Manejo del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. - Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor. - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles). - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. - Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
(2210) Administración de analgésicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la ubicación , características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. - Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, según corresponda. - Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo. - Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.

	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). - Instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que el dolor sea intenso.
(5606) Enseñanza: Individual (Anexo X).	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación de confianza. - Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente. - Valorar el nivel educativo del paciente. - Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente. - Seleccionar los métodos/estrategias adecuados de enseñanza del paciente. - Incluir a la familia, si es adecuado.

Ejecución y Evaluación

Para la ejecución del plan de cuidados descrito se llevarán a cabo las intervenciones NIC planteadas en cada uno de los diagnósticos encontrados. En el caso de la evaluación se realiza a través del indicador NOC seleccionados en la planificación como objetivos establecidos en cada uno de los diagnósticos. La escala de estos indicadores es la escala tipo Likert para valorar y hacer un control del estado de salud del paciente. Los valores de la escala Likert son ³⁶:

1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido

Los diagnósticos citados en este plan de cuidados se evalúan continuamente para cerciorarnos que los objetivos se están alcanzando correctamente y son adecuados para el paciente intervenido de una LT.

CONCLUSIÓN

El paciente intervenido de una LT va a tener una serie de necesidades que le van afectar en todos los ámbitos de su vida por lo que es necesario realizar un plan de cuidados en el posoperatorio inmediato.

El cuidado de un paciente con LT debe llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinar en el cual, el profesional de enfermería posee un papel fundamental. Una adecuada valoración clínica y la utilización sistemática de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, constituye la base de una atención integral y una atención sanitaria de calidad. Las etiquetas diagnósticas NANDA que con mayor frecuencia presentan estos paciente son ansiedad, deterioro de la comunicación verbal y limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Enfermería es la encargada de identificar las dificultades progresivas, tanto físicas como psíquicas, que el paciente va experimentando, así como las complicaciones y proporcionarle tanto al paciente como a su familia, toda la información necesaria para adaptarse a ellas. El propósito es facilitarle una calidad de vida que se asemeje a su estado anterior, para que el paciente pueda lograr una estabilidad psicoemocional. Por lo tanto existe la necesidad de unos cuidados individualizados, ya que un porcentaje elevado de los problemas psicológicos y sociales van a disminuir a medida que se recupere la autoestima y la autoconfianza. Esta seguridad desencadena una respuesta de confianza y tranquilidad, lo que facilita una adecuada rehabilitación en estos pacientes con deterioro de la comunicación verbal.

Por otro lado, supone un trastorno psicológico importante la pérdida de comunicación verbal, por miedo a lo desconocido, lo que se puede traducir en una mayor incidencia de depresión, además de que pueden sufrir rechazo y aislamiento social. Una vez superadas las dificultades, aprenden a vivir con ello, siendo una de las enfermedades mejor aceptadas.

Se concluye así, que el papel de enfermería es primordial en el cuidado del paciente, no solo a nivel de vigilancia clínica, el cuidado y la suplencia en determinadas actividades, sino que sobre todo en el momento de transmitir la información, a nivel educativo y nivel emocional, para conseguir un grado máximo de independencia y autonomía del paciente en su posterior alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Inmaculada AG, Francisca BP, Elisabeth CN, Yolanda CR, Cristina GR. Ciberrevista SEEUE. Serv Cirugía Maxilo-facial, Cirugía plástica y Oral Hosp Bellvitge Serv Catalán la Salud (ICS) Hosp Llobregat. 2015;1-6.
2. Costa JM, López M, García J, León X, Quer M. Impact of Total Laryngectomy on Return to Work. Acta Otorrinolaringológica Española [Internet]. 2018;69(2):74-9. Available from: <http://www.elsevier.es/en-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-402-articulo-impact-total-laryngectomy-on-return-S2173573518300164>
3. Poza Artés CM, Ruiz Magañas E, Ramos Bosquet G, Ramos Sánchez R, Maldonado Martín I, Martínez Ocaña A. Programa de educación al paciente traqueotomizado. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0304.php>
4. Caravaca García A. Manual de manejo de la traqueotomía para sanitarios y pacientes. Manual. Algeciras: Servicio de Otorrinolaringología Hospital Punta de Europa Otorrinolaringología; 2014.
5. Zueras Masón AM, Fernández Milián MD, Rodríguez Montesdeoca I, Pérez Delgado L. Protocolo de cuidados del estoma traquea. Zaragoza: Servicio de Otorrinolaringología; 2015.
6. Cardemil MF, Ortega FG, Cabezas CL. Importancia de la epidemiología en cáncer laríngeo: Incidencia y mortalidad por carcinoma escamoso de laringe. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2017 Mar [acceso 15 de Febrero de 2018] ; 77(1): 107-112. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162017000100016&lng=es.
7. Chu EA, Kim YJ. Laryngeal Cancer: Diagnosis and Preoperative Work-up. Otolaryngol Clin North Am [Internet]. 2008 Aug 1 [cited 2018 Feb 15];41(4):673-95. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0030666508000285?via%3Dihub>
8. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer [Internet]. 2013;49(6): 1374-403. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.12.027>
9. Celedón LC, Royer PM, Ortúzar BL. Laringectomía parcial en cáncer laríngeo precoz: 25 años de experiencia. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2008 Ago [citado 2018 Feb 20] ; 68(2): 117-123. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162008000200002&lng=es.

10. Martínez CG. Estudio epidemiológico del cáncer de laringe en el servicio de otorrinolaringología del hospital clínico universitario de Santiago de Compostela durante el periodo 1995-2008 [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Facultad de medicina departamento de dermatología y otorrinolaringología; 2010. España es el país del mundo con mayor incidencia de cáncer de laringe – SEORL [Internet]. Seorl.net. 2018 [cited 25 Feb 2018]. Available from: https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2833/9788498874334_content.pdf?sequence=1
11. España es el país del mundo con mayor incidencia de cáncer de laringe – SEORL [Internet]. Seorl.net. 2018 [cited 3 Mar 2018]. Available from: <http://seorl.net/espana-mayor-incidencia-cancer-laringe/>
12. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2015 [actualizado 2015; citado 3 de Marzo del 2018]. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2015. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2015/l0/&file=02021.px>
13. ¿Qué causa los cánceres de laringe y de hipofaringe? [Internet]. Cancer.org. 2018 [cited 6 Mar 2018]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-laringe-e-hipofaringe/causas-riesgos-prevencion/que-lo-causa.html>
14. Hernández García O, Castillo Romero E, Rodríguez Gómez I, Albert Rodríguez JA, Fernández Barrera R. Factores de riesgo del cáncer laríngeo. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Mar 6]; 18(6): 983-996. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600006&lng=es.
15. Yáñez MR, Loyola BFJ, Urzúa EC, Cornejo FJ. Laringectomía total ampliada en carcinoma laríngeo avanzado T4a. Rev Chil Cir [Internet]. 2012 Oct [citado 2018 Mar 7]; 64(5): 442-446. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000500005&lng=es.
16. Prades J-M, Reyt E. Cáncer de la laringe. EMC - Otorrinolaringología [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2018 Mar 7]; 42(3):1-16. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S163234751365198X>
17. Villagómez-Ortíz VJ, Paz-Delgadillo DE, Marino-Martínez I, Ceseñas-Falcón LÁ, Sandoval-de la Fuente A, Reyes-Escobedo A. Prevalencia de infección por virus del papiloma humano en carcinoma espinocelular de cavidad oral, orofaringe y laringe. Cirugía y Cirujanos [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2018 Mar 8]; 84(5):363-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000974111600013X>
18. Durán De Alba LM, Castro FMR. Factores de riesgo de desarrollo de cáncer de laringe en la población adulta del Hospital Español de México. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008; 59(8):367-70.

19. Cardemil MF, Ortega FG, Cabezas CL. Importancia de la epidemiología en cáncer laríngeo: Incidencia y mortalidad por carcinoma escamoso de laringe. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Mar 8] ; 77(1): 107-112. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162017000100016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162017000100016>.
20. Suárez C., Gil-Carcedo L.M., Marco J., Medina J.E., Ortega P., Trinidad J. Características clínicas de los tumores de la hipofaringe y la porción cervical del esófago. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y Cuello. 2o ed. Editorial Médica Panamericana (2009). Págs. 3433-3450.
21. Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas del cáncer de laringe y de hipofaringe [Internet]. Cancer.org. 2018 [cited 8 Mar 2018]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-laringe-e-hipofaringe/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas.html>
22. Lubiński J, Marciniak W, Muszynska M, Jaworowska E, Sulikowski M, Jakubowska A, et al. Serum selenium levels and the risk of progression of laryngeal cancer. PLoS One. 2018;13(1):1–11.
23. Hernández Rubiño A, de la Plata Sánchez C, Sierra Galera G. Indicaciones y planificación del tratamiento. Protocolos de preservación de órgano con quimio-radioterapia. Cirugía radical y parcial de los tumores malignos. Cirugía láser. En: Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial SEORL- PCF. Libro Virtual de formación en Otorrino-laringología. Madrid; 2015.
24. Castellano Toro GG. Rehabilitación logofoniatría en cáncer de laringe [Internet]. Habana; Especialista de II grado en logopedia y foniatría; 2010 [acceso 9 de Marzo de 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/storage/29/13762150/1524594563/pwUsaUn9Isv5XLqG2IUdgv/13762150.pdf>
25. Mogedas-Vegara A, Bescós-Atín C, Gutiérrez-Santamaría J, Masià-Gridilla J, Pamias-Romero J, Sáez-Barba M. Manejo de la vía aérea en oncología de cabeza y cuello. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Mar 9] ; 36(4): 164-168. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v36n4/v36n4a03.pdf>
26. Alvo A, Olavarría C. Decanulación y evaluación de la deglución del paciente traqueotomizado en cuidados intensivos no-neurocríticos. Acta Otorrinolaringológica Española [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 Mar 9];65(2): 114–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001651913000265>

27. Fernández GMJ, Fernández GS, Virgo RP, Santamarina RL, Álvarez MC. La inteligibilidad vocal en las personas con laringectomía que se comunican con erigimofonía. *Revista Chilena de Fonoaudiología*. 2017; 16: 1-15.
28. Fernández Baillo R. Revisión de los modelos de producción de voz después de una laringectomía total. *Revista de investigación en Logopedia: opciones de calidad de voz*. 2011; 1 (2):130-145.
29. Herranz González-Botas J, Vázquez Barro JC, Larrañeta Alcalde L. Rehabilitación de la voz en laringectomizados. *Revisiones en cáncer*. 2010; 24 (2): 88-94.
30. Marín Abellán MA. Perder la voz tras un cáncer de laringe. *Tonos digital: Revista electrónica de estudios filológicos*. 2013; 24: 16.
31. Zubiri E, Pollán MM, Gabari MI. Relación entre el aprendizaje de la voz erigimofónica y los niveles de ansiedad y de depresión en pacientes laringectomizados totales. 2012; 9 (1): 113-124.
32. Gomez Perea AM. Experiencia perioperatoria de un paciente laringectomizado total. *Archivos de la memoria*. 2012; 9 (3).
33. de Oliveira PP, Amaral JG, Rodrigues AB, da Silva MR, Onofre PSdC, da Silveira E, Aparecida Ara. Proceso de enfermería para hombres con cáncer de laringe fundamentado en el modelo de Neuman/Proceso de enfermagem para homens com câncer de laringe fundamentado no modelo de Neuman/Nursing process to men with laryngeal cancer based on Neuman model. *Enfermería Global* 2017 01;16(1):188-207.
34. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona, España: Elsevier; 2012
35. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5a ed. Madrid. Elsevier, 2009
36. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4a ed. Madrid. Elsevier, 2008
37. Guíasalud. [Internet]Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008. [Actualizado 11 Diciembre 2013] Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/anexos.html>
38. Trigas-Ferrin M, Ferreira-Gonzalez L, Meijide-Minguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin* 2011; 72 (1): 11-6. Disponible en: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/calculos/indice-barthel/>
39. Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish versión of the Lawton IADL Scale for its application in

- elderly people. Health Qual Life Outcomes. 2012 Oct 30;10:130. Disponible en: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/calculos/escala-lawton-brody/>
40. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Taussing MI et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Revista de Gerontología 1996; 6, 338-346.
41. Miró Llull J. La prótesis fonatoria [Internet]. Aarón Ben Yusef. 2006 [cited 2 April 2018]. Available from: <http://bitacora.mirollull.com/post/16003>
42. López Llamas A. La cánula de plata: componentes y preparación [Internet]. El Oto Blog. 2013 [cited 3 April 2018]. Available from: <http://elotoblog.blogspot.com.es/2013/06/la-canula-de-plata-componentes-y.html>

ANEXOS

ANEXO I: Incidencia mundial del cáncer de laringe ¹⁰.

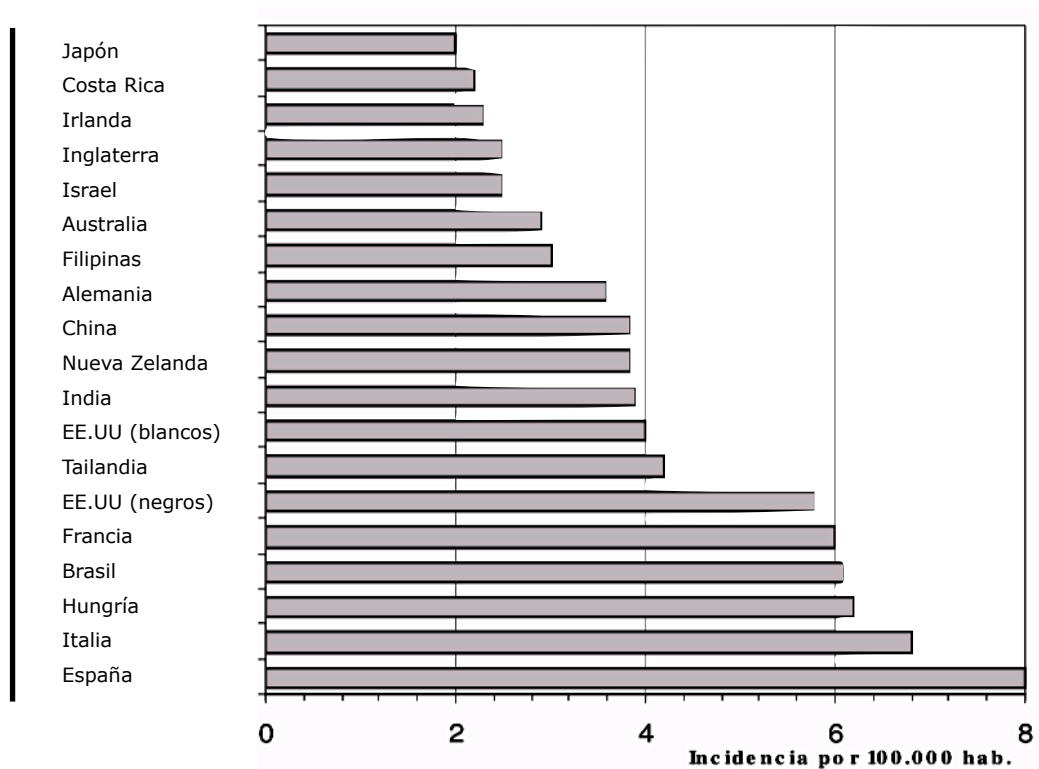
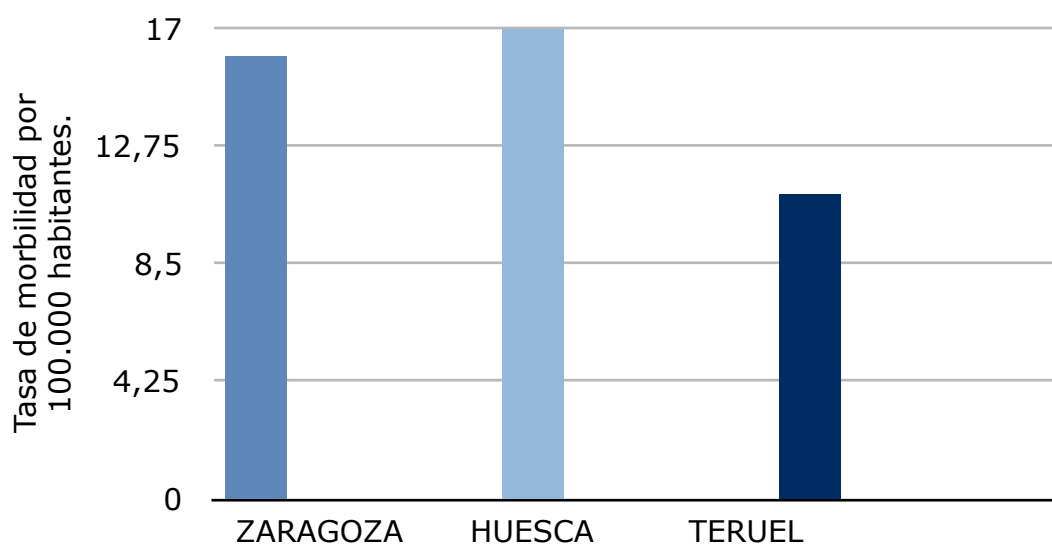


Imagen 1: Incidencia mundial del cáncer de laringe.

ANEXO II: Tasa de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes, según el diagnóstico principal, la Provincia, Comunidad y Ciudad autónoma de residencia ¹².



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO III: Escala de Goldberg ³⁷.

La escala de Goldberg es la escala de depresión y ansiedad.

<u>SUBESCALA DE ANSIEDAD</u>	SI	NO
1- ¿Se ha sentido muy exitado, nervioso o en tensión?		
2- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
(Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
Subtotal		
5- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, homigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
Total ansiedad		

<u>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</u>	SI	NO
1- ¿Se ha sentido con poca energía?		
2- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		
3- ¿Ha perdido la confianza en si mismo?		
4- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
(Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
Subtotal		
5- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7- ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
8- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

Total depresión

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión.

ANEXO IV: Escala de Barthel ³⁸.

Esta escala mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD).

Actividad	Descripción	Puntuación
Comer	1. Incapaz.	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano).	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado.	0
	2. Necesita ayuda importante (1 personas entrenada o 2 personas), puede estar sentado.	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal).	10
	4. Independiente.	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal.	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	5
Uso del retrete	1. Dependiente.	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente.	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse.	5
Desplazarse	1. Inmóvil.	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m.	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz.	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de mulata.	5
	3. Independiente para subir y bajar.	10

Vestirse y desvestirse	1. Dependiente.	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema).	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana).	5
	3. Continente.	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno / 24 horas).	5
	3. Continente, durante al menos 7 días.	10

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

ANEXO V: Escala de Lawton Brody ³⁹.

Escala de actividades instrumentales de la vida diaria.

Aspecto a evaluar	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0

Preparación de la comida:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingeridentes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1

Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total.

ANEXO VI: Escala de carga del cuidador de Zarit ⁴⁰.

Ítem	Preguntas a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	

8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Frecuencia: Nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), bastantes veces (3), casi siempre (4).

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

ANEXO VII: Respiración y habla antes y después de una laringectomía total (voz esofágica) ³¹.

La pérdida de la voz laríngea se produce, irremediablemente, cuando un cáncer de laringe daña por completo las cuerdas vocales y es necesario realizar una laringectomía total para extirparlas. Esto conlleva la búsqueda de otros medios para poder hablar (Imagen 2).

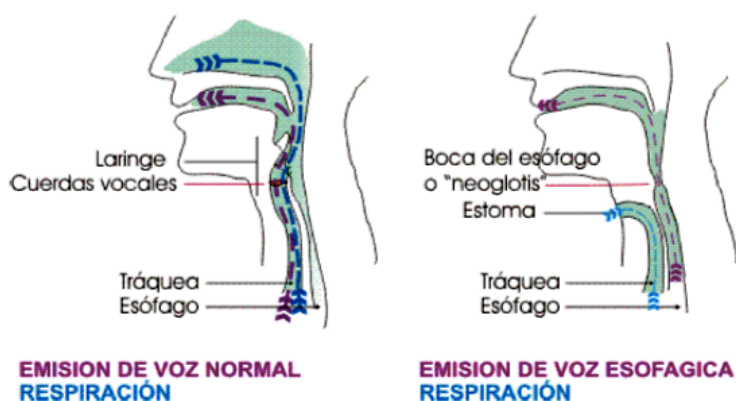


Imagen 2: La voz antes y después de la intervención ⁴¹.

La mayoría de los afectados por una laringectomía total acuden a una asociación de laringectomizados para que les informen de qué ha ocurrido y qué posibilidades tienen de volver a hablar. Afortunadamente, en las asociaciones hay monitores operados que hablan perfectamente con la voz esofágica, impartiendo las clases de rehabilitación de la voz, algo que supone el primer aliciente para comenzar un camino que estará lleno de altibajos. De igual forma, también se suele contar con la ayuda de psicólogos y logopedas, que guían a los operados en todo el proceso de recuperación física y psicológica.

Para ello se siguen las siguientes instrucciones:

- Introducir aire en la boca, cerrar ésta y empujar ese aire con la lengua hasta que llegue al esófago.
- Impulsar el aire que ha llegado al esófago hacia arriba, para que vibre en la neoglótis y, al llegar a la cavidad oral, se articule como el fonema /a/. Para eso, sólo se necesita colocar los labios igual que cuando se pronuncia la /a/ con la voz laríngea.
- Repetir este proceso varias veces, descansando entre una y otra, pues, al principio, es muy costoso y hay que mantener la calma. Es difícil producir el sonido en los primeros intentos, pero no hay que dejar de intentarlo hasta que se consiga.
- Cuando ya se ha conseguido pronunciar la /a/, se recomienda emitirla varias veces, de forma relajada, sin forzar la voz y dejando unos segundos de tiempo entre una

emisión y otra. Además, es recomendable beber agua durante todo el tiempo en que se está hablando, pues la boca se reseca mucho, también como consecuencia de la operación, sobre todo si ha habido sesiones de radioterapia.

ANEXO VIII: Limpieza del traqueostoma ⁵.

- La limpieza del orificio de la tráquea y de la piel circundante se realizará con una gasa húmeda para eliminar los restos de secreciones.
- Si la piel está enrojecida o levemente erosionada puede ser curada con povidona yodada.
- Todo sangrado, erosión importante, o tejido anómalo debe ser valorado por el médico.
- Los pacientes portadores de traqueostomía deben de tener especial cuidado en la ducha, piscinas, mar...evitando la entrada de agua por el orificio del traqueostoma, por lo que mantendrán dicho orificio alejado del nivel del agua o incluso lo obturaran temporalmente con el dedo.
- Para proteger la traquea del polvo, polución, aire frío, los pacientes usarán algún método para cubrir el traqueostoma como un pañuelo, chapa metálica, gasa, etc.

ANEXO IX: Aspiración de las vías aéreas ⁵.

El tapón de secreciones bronquiales en la luz de la cánula produce disnea, este tapón es una de las complicación más frecuente. Hay que intentar que sea el propio paciente el que expulse con la tos las secreciones. Si esto no es posible o si se forma un tapón aparecerá disnea intensa con estridor inspiratorio. En este caso lo primero que hay que hacer es retirar la parte interna de la cánula y ver si así mejora el cuadro. Si es así se limpiará y volverá a introducirse. Si a pesar de esta maniobra persiste la disnea, aspirar a través de la cánula previa instilación de suero fisiológico con una jeringa sin aguja. La aspiración debe realizarse con sondas finas, con baja presión del aspirador e introduciendo la sonda lo menos posible.

ANEXO X: Enseñanza ⁵.

La cánula de traqueostomía está compuesta de tres piezas (Imagen 3):

Pieza externa: Es la que está en contacto con el paciente. Se compone de un cuerpo tubular curvo y una placa con aperturas para colocar las cintas que se anudan alrededor del cuello.

Pieza interna: Denominada "camiseta" o macho. Es una pieza tubular que va dentro de la pieza externa y que puede ser extraída para facilitar su limpieza.

Fiador: Vástago acabado en punta roma que se coloca en lugar de la camiseta sólo

para facilitar la introducción a través de la piel durante el cambio de cánula. En los pacientes de LT las cánulas serán no fenestradas, ya que pasa el aire a través de ella.

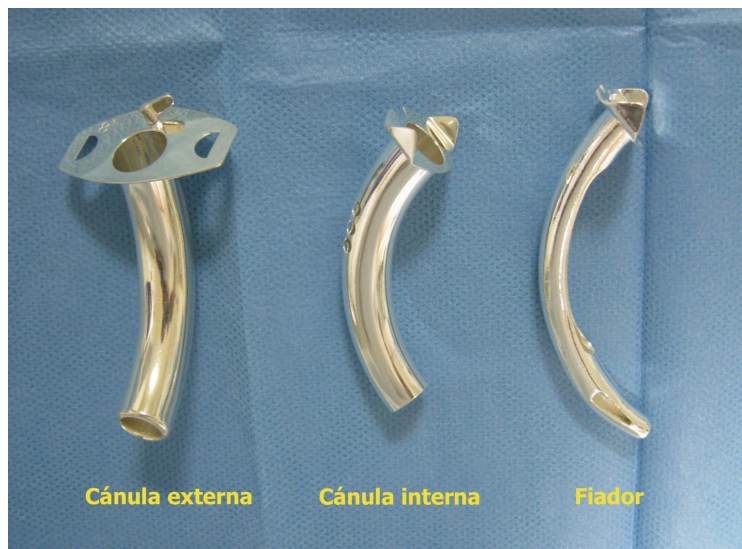


Imagen 3: Cánula externa, cánula interna (camiseta) y fiador ⁴².

Las primeras 24-48 horas se mantiene la cánula de plástico con el balón inflado que se cambiará por la metálica si no hay contraindicaciones (Imagen 4). La preparación de la cánula en estos pacientes a causa de tener la tráquea suturada a la piel y no ser necesario profundizar mucho se colocara alrededor una gasa estirada de forma que no pueda introducirse en la luz traqueal más de 2 ó 3 cm. A este elemento lo denominamos tope y se le añade un "babero" para las secreciones que puedan salir de traqueostoma (Imagen 5, 6).



Imagen 4: Cánula de plástico con balón ⁵.



Imagen 5: Cánula de traqueostomía con "babero" y cinta ⁴².

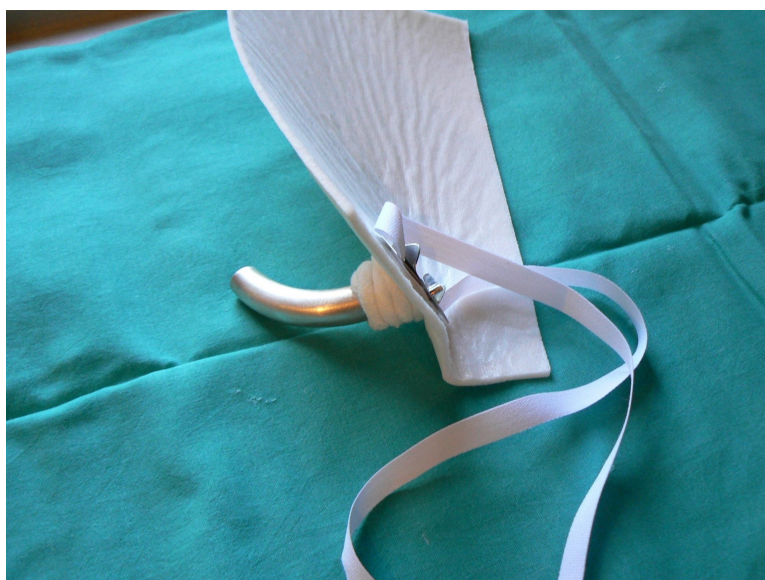


Imagen 6: Cánula de traqueostomía con babero, cinta y tope de gasa ⁵.

Cambio de cánula, frecuencia y modo.

La cánula debe ser cambiada toda ella al menos cada dos o tres días. Si se aprecia que las secreciones por el orificio de la cánula son abundantes o si la piel alrededor del estoma está macerada el cambio deberá ser diario.

Varias veces al día se debe de extraer la pieza interna (camiseta), se examina y si está limpia se vuelve a colocar en su sitio. Si se observan secreciones en el interior se procede a lavarla bajo un chorro de agua con ayuda de un cepillo especial.

Es muy importante que cuando se proceda al cambio de la cánula, se tenga preparada la nueva, ya limpia y montada realizando la maniobra (para ello sujetamos las dos aletas de la cánula girando su extremo proximal lateralmente e introduciéndola con

seguridad a la vez que vamos rectificando el ángulo rotando la cánula) de reemplazo rápidamente, pues en algunos casos los bordes del estoma se colapsan y hay dificultades para introducir la cánula. En estos casos podía ser útil usar el fiador y colocar un poco de vaselina en la punta y bordes de la cánula.

Hay que señalar que todo cambio de cánula conlleva la aparición de tos en el paciente. La tos suele ceder en segundos. Su persistencia indicará una irritación traqueal por el roce de la cánula debido en la mayoría de las ocasiones, a una curvatura de la misma que no es adecuada a la anatomía traqueal. Cederá con la retirada de la cánula y posterior colocación de otra más adecuada o con un tope que modifique la longitud de cánula introducida en vía aérea.

Limpieza.

Limpiar la cánula interna (por dentro y por fuera) con la esponja limpia de poliuretano libre de pelusa o con cepillo limpio de punta redondeada y cerdas blandas para retirar todas las secreciones (Imagen 7). Estos cepillos deben enjuagarse y dejarse limpios después de cada uso, manteniéndolos en un frasco con solución de clorhexidina al 0.05%. Se vigilará que permanezca limpio el líquido del frasco y se hará recambio de esta solución una vez al día.

Se aclarará con agua y se comprobará que no queden restos visibles de suciedad en la cánula. Si hubiera quedado suciedad se repetirá el procedimiento hasta que quede limpia. Hay que secarla por fuera y por dentro con gasas. Se enjuagará el cepillo y se pondrá nuevamente en el frasco de clorhexidina al 0.05%.



Imagen 7: Limpieza de cánula con cepillo de punta redondeada ⁵.